

Tilburg University

"Onbegrepen" klachten

Vingerhoets, Ad

Published in:
Psychopraxis

Publication date:
2005

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Vingerhoets, A. (2005). "Onbegrepen" klachten: Beter begrijpen in een biopsychosociaal perspectief. *Psychopraxis*, 7(5), 195-199.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Trefwoorden: onbegrepen klachten, biopsychosociaal perspectief, symptoomperceptiemodel

Ad Vingerhoets

‘Onbegrepen’ klachten:

beter begrepen in een biopsychosociaal perspectief

Klachten en gezondheidsproblemen kunnen vaak niet adequaat gediagnosticeerd worden door artsen, waardoor ook onduidelijk blijft hoe ze behandeld moeten worden. In dit artikel wordt gesteld dat psychosociale factoren niet alleen van belang kunnen zijn bij het ontstaan, maar vooral ook bij het in stand blijven van gezondheidsklachten. Bovendien kunnen ze een gunstig therapeutisch effect in de weg staan. Het spreekt voor zich dat de kans op een voorspoedig herstel gering is, wanneer men de aandacht uitsluitend richt op de somatische kant van de zaak. Slechts een aanpak vanuit een bredere biopsychosociale benadering kan in dergelijke gevallen enig effect sorteren.

Als het gaat om klachten als pijn op de borst, vermoeidheid, hoofd- of buikpijn, slapeloosheid, en duizeligheid is het eerder regel dan uitzondering dat er geen medische verklaring voor wordt gevonden. Chronische pijn, al dan niet ontstaan na een medische ingreep of letsel is eveneens een relatief veel voorkomend fenomeen. Elk medisch specialisme kent zijn specifieke groep patiënten met onbegrepen klachten. Vermoeidheid, buikklachten, premenstrueel syndroom, prikkelbare-darmsyndroom en meervoudige chemische overgevoeligheid zijn een aantal voorbeelden hiervan. Voor ongeveer de helft van alle patiënten bij de huisarts en op de polikliniek interne geneeskunde is er voor de gepresenteerde klachten geen duidelijke somatische diagnose aan te wijzen. Voor veel klachten waarmee patiënten zich richten tot de gezondheidszorg blijkt er dus geen medische verklaring te zijn, met als gevolg dat de therapeutische

mogelijkheden van de arts niet toereikend zijn. We benoemen de klachten als *onbegrepen*, waarmee bedoeld wordt dat ze niet verklaard kunnen worden op grond van de beschikbare medische kennis of dat ze niet in verhouding staan tot wat men met biomedisch onderzoek aan pathologie heeft kunnen vaststellen. Daarbij komt dat vele klachten *chronisch* en niet tijdelijk van aard zijn. Van spontaan herstel is geen sprake en de klachten blijken weerstandig tegen het hele arsenaal van behandelingen dat door de arts wordt ingezet. In plaats van een eenzijdig medisch perspectief kan dit soort klachten beter begrepen worden vanuit een biopsychosociaal model (zie kader 1).

Het biopsychosociaal perspectief

Hier wordt een onderscheid gemaakt tussen voorbeschikkende, uitlokkende, instandhoudende cq. verbeterende, en therapiebelemmerende factoren (zie kader 2). Stress kan zich als voorbeschikkende en uitlokkende factor doen gelden. Met name chronische stress kan het organisme kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van allerlei klachten. Bij een reeds door genetische invloeden of leefstijl verzwakt organisme kan acute stress als een uitlokkende factor functioneren die de ontwikkeling van klachten in gang zet. Enkele voorbeelden²:

- Patiënten met het chronisch-vermoeidheidsyndroom of een gecompliceerde whiplash hebben van te voren vaak al behoorlijk te lijden van een grote draaglast, die bijvoorbeeld te maken kan hebben met hun ambities en perfectionisme. Een in beginsel onschuldige infectieziekte of een stevige botsing kunnen vervolgens het lichaam zo ontregelen dat allerlei fysiologische processen sterk verstoord raken.³ Andersom kunnen de acute fysiologische stressreacties op zich voldoende zijn om de ontwikkeling van klachten in gang te zetten.

Prof.dr. A.J.J.M. Vingerhoets, Departement Psychologie en Gezondheid, Universiteit van Tilburg, Postbus 90.153, 5000 LE Tilburg (vingerhoets@uvt.nl).

Het biopsychosociaal model 1

Biopsychosociale modellen stellen dat ziekte of gezondheid het resultaat is van een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Of het nu gaat om het ontwikkelen van gezondheidsklachten of het handhaven van de gezondheid dan wel het snelle of juist vertraagde herstel na een ziekte of een verwonding, altijd zullen genoemde drie factoren hun invloed doen gelden. Het centrale element daarbij zijn stressprocessen. Stress ontstaat bij een onevenwicht tussen de waargenomen eisen van de omgeving ('draaglast') en de ingeschatte eigen kwaliteiten ('draagkracht'). Dit zal zich met name voordoen na confrontatie met ingrijpende gebeurtenissen of situaties ('stressoren') en manifesteert zich op meerdere niveaus: emotioneel, cognitief, gedragsmatig en lichamelijk.¹ De volgende zaken spelen een rol in dit stressproces:

- Stressoren of emotioneel belastende situaties treffen we aan in al onze levensgebieden en kunnen te maken hebben met onszelf, het gezin, onze sociale relaties, werk etc.
- Coping verwijst naar de wijze waarop wij reageren op de blootstelling aan een stressor. Probleemgerichte coping is gedrag of inspanning met het oog op het elimineren van de bron van het probleem of tenminste het reduceren van de intensiteit ervan. Emotiegerichte coping staat voor de pogingen om de gevolgen van de blootstelling aan de stressoren, namelijk de negatieve emoties, te reguleren.
- Een goed sociaal netwerk kan de negatieve effecten van blootstelling aan stressrijke gebeurtenissen neutraliseren. Als iemand beschikt over goede sociale steun dan is deze persoon weerbaarder en minder stressgevoelig, omdat de sociale steun de copingmogelijkheden van een persoon kan vergroten.
- Ziektheorie of -cognitie verwijst naar de opvattingen van de persoon over zijn ziekte of klachten, met name als het gaat over ontstaan en gevolgen en hoe deze behandeld moeten worden.
- De persoonlijkheid is in belangrijke mate bepalend voor de hierboven genoemde factoren. De ene persoon zal eerder geconfronteerd worden met stress-situaties, zal eerder geneigd zijn tot de ene soort coping en heeft ook meer kans op een goed sociaal netwerk dan de andere. Daarnaast is belangrijk hoe de persoon tegen gebeurtenissen aankijkt. Is hij of zij snel geneigd om de situatie donker in te zien en te catastroferen of ziet hij of zij de situatie in het algemeen zeer positief?
- Iemands leefstijl (roken, sporten, voedingsgewoonten, etc) is uiteraard ook belangrijk. Dit kan gezien worden als copinggedrag, in positieve of negatieve zin. Een slechte leefstijl (bijv. gaan drinken of roken na een stress-situatie) vergroot de kans op het ontstaan van gezondheidsklachten.
- De fysiologische stressreacties (bijvoorbeeld veranderingen in hormoonafscheiding of immuunreacties) zijn afhankelijk van de aard, intensiteit en duur van de stressor.

- Uit onderzoek is gebleken dat in de periode voorafgaand aan gezondheidsklachten er vaak sprake was van blootstelling aan ingrijpende situaties. Dat is aangetoond voor een zeer grote variëteit aan gezondheidsklachten waaronder infectieziektes (verkoudheid, griep, oplevingen van herpes infecties), hartinfarct, blinde darmontsteking, maar ook spontane abortus. Aanwijzingen voor het belang van een dergelijke uitlokkende factor is het opmerkelijke fenomeen dat bepaalde personen juist tijdens weekenden en vakantie allerlei klachten ontwikkelen, waaronder allerlei soorten pijn, vermoeidheid en duizeligheid. Een relatief

grote groep van hen rapporteerde dat men hier voor het eerst mee werd geconfronteerd toen men net van baan veranderd was, getrouwd was of een kind had gekregen.

Ook wat betreft repetitive strain injury (RSI) zijn er -vooralsnog globale- aanwijzingen dat de klachten met name ontstaan tijdens periodes van hoge werkdruk of anderszins stressrijke omstandigheden. Whiplash is weer een ander voorbeeld waarvan wordt verondersteld dat de complexiteit van de problematiek met name groot is bij personen die voor het ongeluk onder grote spanning stonden.

2 Belangrijke voorbeschikkende, uitlokkende, bestendigende en therapiebelemmerende factoren⁶

Voorbeschikkende factoren

Bestaande pathofysiologische condities (aangeboren of verworven kwetsbaarheid)
 Structurele organische condities
 Psychologische en psychofysiologische condities

- chronische stress
- persoonlijkheid
- psychiatrische voorgeschiedenis
- hoge (spier)spanningsniveaus

Uitlokkende factoren

Een acute stressrijke of aanpassing vragende gebeurtenis
 Een andersoortige acute prikkel voor het organisme (infectie, pijnprikkel, verwonding etc.)

Klachtbestendigende of instandhoudende factoren

Permanente schade of pathofysiologische processen

Gedragfactoren (aanpassing leefstijl, therapietrouw, etc)
 Emotionele factoren (reactieve angst, depressie of somatisatie)
 Cognitieve factoren (onjuiste ziektecognities, catastrofen)
 Sociale factoren (juridische procedures, ziekte winst)
 Operante en klassieke conditioneringsprocessen
 Persistente predisponerende en uitlokkende factoren

Therapiebelemmerende factoren

Afhankelijkheid van drugs/ medicijnen
 Psychiatrische stoornissen
 Verwikkeld zijn in juridische procedures
 Ingrijpende levensgebeurtenissen
 Geen wil of motivatie om te veranderen
 Geen geloof in de te volgen behandelstrategie

Duidelijkheid over de context waarin de klachten zich hebben ontwikkeld, in termen van stress kan belangrijke aanknopingspunten opleveren voor eventuele interventies. Voor het aanhouden van klachten zijn niet alleen genoemde factoren van belang, maar daarbij kunnen ook andere processen een vooraanstaande rol spelen. Blootstelling aan stressoren en een gebrek aan sociale steun staat een voorspoedig herstel in de weg. Hetzelfde geldt voor inadequate coping, waarbij men zich moet realiseren dat ziekten of klachten op zich ook als stressoren kunnen fungeren. Maar het plaatje blijkt nog complexer: klachten kunnen namelijk copingfuncties gaan vervullen. Ziektegedrag kan beloond worden doordat men niet meer op het werk hoeft te verschijnen of bepaalde taken niet hoeft uit te voeren. Voorts kunnen klachten binnen het gezin een bepaalde functie vervullen, zoals het vermijden van conflicten met de partner, waardoor ze in stand worden gehouden. Kinderen kunnen klachten ook gebruiken om een eind te maken aan ruzie tussen de ouders. Binnen een gezin

kunnen klachten ervoor zorgen dat zaken niet escaleren en dat er sprake is van een bepaald evenwicht.

Van Houdenrove⁴ heeft gewezen op het grote belang van het adequaat hanteren van de arts-patiëntrelatie bij chronische lichamelijk onverklaarde klachten. Hij vraagt bijzondere aandacht voor ziekteonderhoudende en -versterkende factoren, zoals geassocieerde depressie en slaapstoornissen, achteruitgang van de fysieke conditie en sociale isolatie. Deze punten staan niet altijd op de voorgrond bij een patiënt met een klacht over vermoeidheid, of pijn in het musculoskeletale systeem. Het merendeel van deze patiënten kan heel goed in de eerste lijn worden behandeld. Als gespecialiseerde klinische opname wordt overwogen dan moeten diverse therapeutische invalshoeken in een samenhangend behandelplan worden opgenomen.

Bij de diagnostiek dient men altijd open oog te houden voor de verschillende en mogelijk wisselende rollen van gezondheidsklachten. Allereerst kunnen ze mede het gevolg zijn van blootstelling aan stress-situaties, maar

Diagnostiek en behandeling 3

Bij de diagnostiek hebben de beschrijvende symptoomdefinities, dat zijn de definities zoals die onder andere door de DSM-IV worden gegeven, de overhand. Procesdefinities, zoals somatische fixatie of functionele klachten (een term die in de geneeskunde vaak wordt gebruikt) hebben het nadeel dat ze veronderstellen dat er bij onbegrepen klachten altijd een onderliggend psychisch probleem is en daar zijn de meeste patiënten het niet mee eens.

De behandelwijze bij ongecompliceerde klachten is dat de patiënt moet worden gerustgesteld. Hem wordt uitgelegd dat zulke klachten vaker voorkomen en meestal een goede prognose hebben.

Aandacht voor lichamelijk onderzoek en informatie over onbegrepen klachten is geruststellend.

Verder moeten patiënten weten dat de klachten duidelijk beïnvloed worden door ongerustheid, spanningen, leefstijl en vermijdingsgedrag.

Langer aanhoudende onbegrepen klachten hebben een minder gunstige prognose, vooral als de patiënt veel last ervaart. In zo'n geval is het beter de patiënt duidelijk te maken dat er geen medische oplossingen in het verschiet liggen. De patiënt kan worden gestimuleerd om activiteiten, stemmingen en last in kaart te brengen en te leren zien hoe stemmingen, omgevingsvariabelen, maar ook leefstijl, te maken hebben met de klachten. Depressies en angsten komen bij deze patiënten vaak voor en verdienen voldoende aandacht.

vervolgens kunnen diezelfde klachten zelf als stressor fungeren, of ze kunnen worden aangewend als een copingstrategie voor het omgaan met andere stressoren. Op deze manieren kan het ziektegedrag - de klacht - loskomen van de oorspronkelijke lichamelijke disfunctie die in eerste instantie de klacht veroorzaakte. Kortom, vooral operante en soms ook klassieke conditioneringsprocessen kunnen er voor zorgen dat klachten blijven aanhouden, terwijl de oorspronkelijk oorzaak van de klacht reeds is hersteld. Ten slotte kunnen aanhoudende stressoren, naast andere factoren, ook weer expliciet genoemd worden als therapiebelemmerende factoren (zie kader 2). Tijdens de diagnostische fase moet ook hieraan aandacht geschonken worden, wil men de kans op een goed resultaat maximaliseren.⁵

Psychobiologische en psychologische mechanismen

Via welke mechanismen kunnen deze psychosociale factoren hun invloed uitoefenen op onze gezondheid? Van de *psychobiologische mechanismen* worden traditioneel genoemd: verstoringen in de autonome balans. Dat wil zeggen dat het evenwicht tussen activiteit van het sympathische en het parasympathische systeem zoek is, waardoor er sprake kan zijn van continue verhoogde lichamelijke activatie. Voorts wordt een prominente rol verondersteld van endocriene factoren en - niet in de laatste plaats - het immuunsysteem. Onderzoek heeft

op overtuigende wijze aangetoond dat cytokines - een belangrijke groep stoffen binnen onze afweersysteem - er voor zorgen dat wij ons ziek voelen en allerlei ziektegedrag gaan vertonen. Vermoeidheid, zich niet kunnen concentreren, gebrek aan eetlust en gevoelens van algehele malaise zijn de meest kenmerkende gevolgen van een toegenomen afscheiding van deze stoffen, als gevolg van hun invloed op onze hersenen en vandaar op het hormoonstelsel. Er zijn dan ook aanwijzingen dat 'stresshormonen', zoals cortisol en adrenaline, bij patiënten met (chronische) vermoeidheid ontregeld zijn.⁷ Naast psychobiologische factoren kunnen ook psychologische factoren van belang zijn bij het ontstaan en aanhouden van vage gezondheidsklachten. Vooral het *symptoomperceptiemodel* kan relevant zijn om vage klachten te verklaren.⁸ Dit model stelt dat de waarneming van signalen uit ons lichaam in competitie is met waarneming en verwerking van externe informatie. Doordat onze hersenen slechts beperkte informatie kunnen verwerken, wordt niet aan alle binnenkomende informatie aandacht gegeven. De kans dat een signaal opgemerkt wordt, neemt toe als het intenser is of als er weinig competitie is. Met name bij signalen vanuit het lichaam dient er vervolgens ook nog een interpretatie aan gegeven te worden. Gaat het hier om een normale activiteit van het lichaam of is het een teken van ziekte? Op basis van dit model zal de kans op waarneming van lichamelijke sensaties groter zijn bij stress en

emoties, die de lichamelijke activatie fors kunnen doen toenemen, maar anderzijds ook juist wanneer er weinig omgevingsprikkels zijn. Een saaie, weinig stimulerende omgeving is dus een bijna even grote risicofactor voor het ervaren van gezondheidsklachten als overstimulatie. Daarnaast spelen nog tal van andere factoren een rol, waaronder de geneigdheid om de aandacht op het lichaam te focussen en vooral ook de sociale omgeving en stressrijke situaties. In dat laatste geval zijn er twee aspecten van belang: (1) er kan als gevolg daarvan sprake zijn van verhoogde lichamelijke activatie, die wordt geduid als een teken van ziekte; en (2) men kan als gevolg daarvan meer bewust de aandacht focussen op het lichaam, waardoor in principe normale lichaamsprocessen eerder worden opgemerkt en ook makkelijker verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Dat laatste proces kan met name ook een belangrijke rol gaan spelen, wanneer er sprake is van (vermeende) blootstelling aan een schadelijke stof. Voorbeelden zijn een nieuwe geur of mediaberichten dat er in de omgeving ziekmakende factoren zijn gedetecteerd. In Nederland is de Bijlmerramp hiervan een mooi voorbeeld, mede door de grote onzekerheid of er al dan niet radioactief materiaal in het vliegtuig zat. Huisartsen in de omgeving van de ramp werden overspoeld met hulpvragen over een heel scala aan vage klachten. Als specifieke risicogroepen worden genoemd: vrouwen, omdat die meer geneigd zijn om hun klachten te verbinden met externe omstandigheden, personen met een grote angstpredispositie, en personen die of in hun jeugd of vrij recent traumatische of stressrijke ervaringen hebben meegemaakt.⁹ Tenslotte kan herstel uitblijven, omdat er sprake is van *therapiebelemmerende factoren*. De patiënt kan of wil zich niet houden aan de voorschriften van de behandel­laar. Dit kan te maken hebben met de persoonlijkheid van de patiënt of specifieke psychische problematiek. Maar ook stressvolle ervaringen kunnen een rol spelen. Verder is het belangrijk inzicht te hebben in de zogenaamde behandelcognities van de patiënt. Deze dient namelijk geloof en vertrouwen te hebben in de voorgestelde behandelstrategie. Ten slotte kunnen externe factoren, zoals juridische claims of directe voordelen van de klachten ('ziektewinst'), een positief behandelresultaat in de weg staan.

Conclusie

Toepassing van een biopsychosociaal model kan een zinvolle benadering zijn voor het begrijpen van het ontstaan, maar vooral van het in stand blijven van klachten. Daartoe moet men zich niet slechts richten op de aard van de klacht, maar dient men oog te hebben voor het moment van ontstaan ervan en voor de gehele con-

text waarin dat gebeurde. Tevens is het belangrijk na te gaan of de klachten wellicht als een soort copingstrategie gehanteerd worden om andere probleemsituaties het hoofd te bieden. Mogelijk immers ligt daar de sleutel tot een beter inzicht in het ontstaan en in stand blijven van de klachten. Diagnostiek op basis van het biopsychosociale model kan helpen om de rol van psychosociale processen daarin helder te krijgen. Immers, het beloop van klachten kan door psychosociale factoren en psychologische processen geheel los komen staan van de oorzaak. Vervolgens kunnen interventies worden toegepast die ten doel hebben klachtinstandhoudende of therapiebelemmerende factoren zoveel mogelijk te neutraliseren.

Dit artikel is een bewerking van: Vingerhoets AJJM (2004) Onbegrepen chronische klachten in een wisselend biopsychosociaal perspectief. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 6: 358-363.

Noten

- ¹ Vingerhoets AJJM (2000) Patiënt en stress: oorzaken en gevolgen. *Verpleegkunde* 15: 214-224; Vingerhoets AJJM (2004) Stress: a health psychology perspective. In: A Kaptein ea (red) *Introduction to health psychology*. Oxford: Blackwell
- ² Zie noot 1 en Vingerhoets AJJM ea (2002) Leisure sickness: a pilot study on its prevalence, phenomenology, and background. *Psychotherapy & psychosomatics* 71: 311-317
- ³ Zie bijvoorbeeld Van Houdenhove B (2002) *Ziek zonder ziekte. Beter begrijpen van psychosomatische klachten* (6e druk). Tiel: Lannoo; Ranjith G (2005) Epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Occupational medicine* 55: 13-19
- ⁴ Van Houdenhove B (2001) Somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 43(2): 83-93
- ⁵ Van Houdenhove B (2002) zie noot 3; Weisberg MB & Clavel AL (1999) Why is chronic pain so difficult to treat? *Postgraduate medicine* 106: 141-164
- ⁶ Weisberg MB & Clavel AL (1999), zie noot 5
- ⁷ Cleare AJ (2003) The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome. *Endocrinology review* 24: 236-252
- ⁸ Pennebaker JW (1982) *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer. Zie ook: Skevington SM (2004) Pain and symptom perception. In Weinman J & Kaptein A (red) *Health psychology*. Oxford: Blackwell; Martin R & Leventhal H (2004) Symptom perception and health care-seeking behavior. In: Leviton LC & Raczynski JM (red) *Handbook of clinical health psychology: Volume 2. Disorders of behavior and health*. Washington, DC: American Psychological Association
- ⁹ In Nederland werd de symptoomperceptiebenadering vooral bestudeerd door Annemarie Kolk (Universiteit van Amsterdam). Zie oa Kolk A (1994) De menstruele cyclus. Een symptoomperceptiebenadering. *Nederlands tijdschrift voor psychologie* 49: 279-285; Kolk AM ea (2002) Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization: a symptom-perception approach. *Journal of psychosomatic research* 52: 35-44; Kolk AM ea (2003) A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social science and medicine* 57: 2343-2354